

# Defaecatiestoornissen bij patiënten uit de tropen

DR. TH. J. L. M. GOUD, INTERNIST

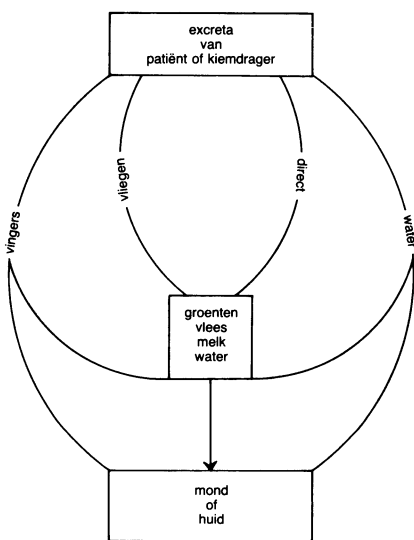
Het vertrouwde spreekuur met bekende patiënten, levend in een bekende omgeving, met bij bepaalde symptomen een bekende differentiële diagnose, wordt wreed verstoord door de importziekten. Velen van u worden toenemend geconfronteerd met patiënten die recent in het buitenland verbleven, of die uit het buitenland afkomstig zijn. Zo kunt u op uw spreekuur ontmoeten de rijksgenoten uit Suriname, gastarbeiders uit het Middellandse zeebekken, zeelui die onze havens aandoen, de Nederlandse toerist bij thuiskomst uit zijn steeds verder gesitueerde vakantieoord en tenslotte de omgekeerde gastarbeiders, namelijk de talrijke Nederlanders die tegenwoordig werkzaam zijn in bijvoorbeeld het Midden-Oosten en Afrika en die bij ziekte naar Nederland terugkeren.

Deze mensen stellen u voor het probleem of het u gepresenteerde ziektebeeld mogelijk wordt bepaald door voor dat betreffende land of zijn bevolking specifieke factoren, die afwijken van de bekende Nederlandse situatie. Zo zijn te onderscheiden:

1. genetische factoren;
2. klimatologische factoren, in het bijzonder de temperatuur en de vochtigheidsgraad, waarbij micro-organismen of hun vectoren het best gedijen;
3. sociaal-hygiënische factoren bepalen vooral het beeld van de importziekten; het is veel eerder de slechte sociale hygiëne in de tropische landen dan het tropische klimaat, dat er toe leidt dat infectieziekten zo'n vooraanstaande plaats onder de importziekten innemen.

*Figuur 1* geeft een beeld van het intensieve faecaal-oraal- en faecaal-huidcontact dat kenmerkend is voor de sociaal-hygiënisch zwakke leefsituatie. De ontlasting wordt naast de hut of het huis gedeponeerd en zonder handen te wassen bereid of nuttigt men vervolgens het voedsel. Ook de huisvliegen spelen een rol; zij voeden zich met de faeces en zetten later de maaltijd voort met voor menselijke consumptie bestemd voedsel. De menselijke ontlasting wordt bovendien veelal als mest gebruikt. De excreta kunnen ook in het water terecht komen, dat voor consumptie of irrigatie wordt gebruikt. Een aan-

*Figuur 1. Faecaal-oraal- en faecaal-huidcontact.*



*Tabel 1. Meest voorkomende infectieziekten met pathologie van de tractus digestivus.*

Infectieziekten	parasitair	protozoën	<ul style="list-style-type: none"> <li>amoebiasis</li> <li>lambliaosis</li> <li>malaria</li> </ul>
		wormen	
	bacterieel	<ul style="list-style-type: none"> <li>salmonellosen</li> <li>shigellosen</li> <li>cholera</li> <li>coli</li> <li>tuberculose</li> </ul>	

tal parasieten kan vanuit de faeces de intacte huid penetreren, bijvoorbeeld van kinderen die met blote voeten buiten spelen of van personen die zich baden of de was doen in besmet water.

Het is begrijpelijk dat auto- of heteroinfecties in een dergelijk leefpatroon eerder regel dan uitzondering zijn, wat ook blijkt uit de zeer aanzienlijke prevalentie van de parasitaire ziekten. Talrijke uit Suriname afkomstige landgenoten of gastarbeiders zullen recent nog in dergelijke situaties hebben verkeerd. Ook de Nederlanders, die in tropische gebieden werkzaam zijn, verblijven soms in verre van ideale omstandigheden. Maar ook de toerist, hoewel deze over het algemeen in een gunstiger situatie verkeert, ontkomt niet altijd aan de negatieve gevolgen van de sociaal-hygiënische situatie in het vakantie-land van zijn keuze.

De meest voorkomende klacht, waarmee de patiënt uit de tropen met pathologie van of in de dunne of dikke darm zich aandient, is diarree, al of niet met bijmenging van bloed en slijm. Er kan echter duidelijke tractus digestivus-pathologie met ernstige complicaties bestaan zonder dat er van een duidelijke defaecatiestoornis sprake is. Daarom zal ik deze, wat de defaecatie betreft, symptoomarme parasitaire tractus digestivus-infecties vermelden.

Afgezien van de vertrouwde pathologie, welke uiteraard ook in het geding kan zijn, zijn de voornaamste categorieën ziekten, die men moet overwegen: infectieziekten (*tabel 1*), voedingsdeficiënties, tropische spruw en genetisch bepaalde deficiënties.

## Infectieziekten

*Amoebiasis* wordt veroorzaakt door *Entamoeba histolytica*. De besmetting komt vrijwel uitsluitend via de voeding tot stand. Wij onderscheiden drie vormen:

1. Cystendrager: deze vorm is symptomeloos.
2. Amoebendysenterie: de amoeben hebben de darmwand geïnvadeerd en veroorzaken colitis met ulcera met opgeworpen randen. De amoebendysenterie presenteert

zich als diarree, vermengd met bloed en slijm. De frequentie van de diarree is gelegen tussen vier- en tienmaal daags en leidt daarom niet tot ernstige stoornissen in de water- en zouthuishouding. Een enkele maal kunnen ook obstructieklachten optreden bij die vormen, waarbij zich granuloomvorming voordoet in de darmwand (amoebom).

De diagnose wordt gesteld met microscopisch faeces-onderzoek, waarbij cysten en minutavormen worden gevonden. Ter opsporing van trofozoïeten (vegetatieve vormen van amoeben, die erythrocyten fagocyteren) dient men een warme po te onderzoeken (binnen een half uur na productie) of een biopsie uit de rand van een ulcus.

Dysenterie komt meestal na een of twee weken spontaan tot rust, maar kan soms een fulminant verloop hebben bij mensen in slechte algemene conditie. Een dergelijke dysenterie kan maanden tot jaren later, dus lang na het verlaten van de tropen, recidiveren zonder dat opnieuw besmetting heeft plaatsgevonden.

3. Extraïntestinale amoebiasis: vanuit de darmwand worden de amoeben naar elders verslept, waar zij celnecrose veroorzaken. De meest bekende complicatie is het leverabsces, dat zich soms pas jaren na terugkeer uit de tropen manifesteert.

De medicatie wordt onderscheiden in contact- en weefselamoebiciden. Contactamoebiciden, zoals Enterovioform en Entobex, werken direct in op de darmvormen; de weefselamoebiciden, zoals Emetine, werken in op de extraïntestinale vormen. Flagyl heeft zowel contact- als weefselamoebicide eigenschappen.

*Lambliasis* wordt veroorzaakt door giardia lamblia. Deze besmetting, via voedsel of water, kan leiden tot duodenitis en jejunitis met vlokatrofie. De pathogeniciteit van de lamblia's valt meestal wel mee; de leningrad-stammen zijn echter berucht. Er is meestal slechts een matige diarree en buikpijn. De lambliae kunnen worden aangetoond met microscopisch faecesonderzoek, maar kunnen in veel grotere aantallen aangetroffen worden in het via sonde verkregen duodenaalvocht. De therapie bestaat uit Flagyl, een tablet tweemaal daags gedurende vijf dagen.

*Malaria* valt buiten het bestek van deze cursus, maar wordt genoemd omdat het gepaard kan gaan met, of zich zelfs soms presenteert als, diarree.

*Schistosomiasis (Bilharzia)* wordt veroorzaakt door schistosomen, die de huid penetreren en via een long- en leverfase onder andere in de darmwand terechtkomen, waar hun eieren granulomateuze ontstekingen veroorzaken, leidend tot ulcererende

colitis. De mens wordt besmet wanneer hij in contact komt met besmet rivier- of meerwater, waarin zich de tussengastheer – een slak – bevindt. Een frequente expositie aan besmet water is vereist alvorens de infectie zich klinisch manifesteert, zodat deze ziekte erg weinig wordt gezien bij Nederlandse toeristen, die tijdelijk in de tropen verblijven, maar des te meer bij bijvoorbeeld Surinaamse kinderen die dagelijks in de poelen rond het huis hebben gespeeld.

Klinisch manifesteert deze ziekte zich als matige diarree, soms vermengd met bloed en slijm, soms echter ook als obstructie-ileus door een groot granuloom. Laesies in andere organen zijn ook mogelijk. De diagnose wordt gesteld met behulp van microscopisch onderzoek van de faeces of het rectumbiopsie, welk laatste desnoods uit macroscopisch normaal weefsel kan worden genomen. De therapie geschiedt met Ambilhar, dat klinisch dient te worden gegeven.

*Ankylostomiasis* wordt veroorzaakt door ankylostoma duodenale of necator americanus. De parasiet penetreert de huid en belandt via een longfase in de darm, waar hij zich vastzuigt aan het slijmvlies van de darmwand en tot continu bloedverlies aanleiding geeft. De besmetting komt meestal tot stand door contact van blote voeten met faecaal materiaal. De tractus digestivus-symptomatologie is slechts gering, zoals vage buikpijn of lichte diarree en wordt verre overschaduwd door de zeer ernstige ijzergebrekanemie, die zich kan ontwikkelen. De therapie bestaat uit Vermox een tablet tweemaal daags gedurende drie dagen.

*Ascariasis* wordt veroorzaakt door ascaris lumbricoides, welke met voedsel of drank naar binnenkomen en via een longfase tenslotte wederom in de dunne darm belanden. Hier geven zij meestal slechts aanleiding tot vage buikpijn, maar soms ontstaan enorme wormkluwens welke tot een obstructie-ileus kunnen leiden. Een enkele keer penetreert de worm door de papilla vateri en veroorzaakt stuwings van gal of pancreassap. De therapie bestaat uit Vermox een tablet tweemaal daags gedurende drie dagen.

*Strongyloidiasis* wordt veroorzaakt door strongyloides stercoralis. De larve penetreert de huid bij contact met faecaal materiaal en belandt via een longfase in de dunne darm, waar zij meestal slechts tot vage buikpijn aanleiding geeft. Een enkele maal dringt de worm de galgang in en geeft aanleiding tot obstructie-icterus. De diagnose wordt gesteld met behulp van faecesonderzoek en duodenaalsonde. De therapie bestaat uit Thiabendazol 25 mg per kg lichaamsgewicht tweemaal daags per os gedurende drie dagen.

*Trichuriasis* wordt veroorzaakt door trichuris trichiura. Deze infectie geeft meestal slechts vage buikpijn. Wanneer grote aantallen aanwezig zijn kan er diarree ontstaan, welke bij kinderen soms bloederig is.

Er is bij deze parasitaire darm infecties een aantal dat tot ernstige verschijnselen aanleiding kan geven; een aantal andere is betrekkelijk symptoomarm en soms ook vrij onschuldig. De situatie verandert echter, wanneer de afweer van de patiënt wordt beïnvloed, zoals bij therapie met corticosteroiden, Imuran of andere immunosuppressieve middelen. Bekend is dat dan een infectie met strongyloides of met amoeben zich zeer snel kan uitbreiden.

*Salmonellosen* en *Shigellosen* worden elders besproken. Hier zij alleen opgemerkt dat deze ziekten vooral hun kans krijgen in slechte hygiënische omstandigheden. Bij patiënten die uit ontwikkelingslanden komen, zal men daarom deze ziekten aanzienlijk vaker ontmoeten dan men gewend is.

*Cholera* wordt veroorzaakt door vibrio cholerae. Momenteel is de cholera weer in opmars en is vanuit Azië diep in Afrika gepenetreerd. De besmetting vindt via water, maar vooral via voedsel plaats. De cholera-bacil produceert een toxine, die waarschijnlijk interfereert met de natriumpomp, waardoor een overvloedige, min of meer isotonische darminhoud ontstaat, die rijk is aan bicarbonaat en kalium.

Klinisch presenteert cholera zich als een massale, continue, waterige diarree met vlokken, zogenaamd rijstewater. Er is geen bloedbijmenging. Deze diarree kan binnen enkele uren tot een vochtverlies van vele liters leiden, waarbij de patiënt in een hypovolemische shock geraakt met metabole acidose en hypokaliëmie. De diagnose wordt gesteld met direct microscopisch faecesonderzoek en faeceskweek. Een patiënt, bij wie men de diagnose cholera overweegt, dient onmiddellijk te worden gehospitaliseerd. De therapie bestaat voornamelijk uit parenterale vochttoediening.

*Reizigersdiarree* wordt vooral veroorzaakt door colistammen, die voor het darmstelsel onbekend zijn. De voor de toerist niet bekende colistammen koloniseren de darm en veroorzaken een acute enteritis, die zich manifesteert in diarree, die spontaan na twee tot drie dagen verdwijnt. Bij blanken treedt deze vorm van diarree veel frequenter op dan bij de gekleurde rassen. Er is slechts symptomatische therapie nodig zoals lmodium- of Reasec-capsules en bij wat ernstiger vormen een dieet bestaande uit thee, beschuit, rijst en bessesap gedurende een of twee dagen.

*Tuberculose:* Ook op door mycobacterium tuberculosis veroorzaakte enterocolitiden dient men bedacht te zijn.

## Deficiënties

*Eiwit:* bij kinderen geeft ernstig eiwitgebrek het beeld van kwashiorkor. Hierbij zien wij een frequente, dunne ontlasting zonder bloedbijmenging. Ook bij volwassenen kunnen gemitigeerde vormen van deze eiwittekort-ziekte voorkomen.

*Vitamines:* het meest bekend is pellagra, dat ontstaat door nicotinezuur-tekort. Dit werd vooral vroeger veel gezien bij mensen die uitsluitend gepelde rijst aten.

## Tropische spruw

De oorzaak is niet bekend. Het betreft een ziekte die gepaard gaat met vlokotrofie van het duodenum en jejunum, leidend tot volumineuze diarree met een matig verhoogd vetgehalte. Deze ziekte wordt vooral gezien bij blanken op het Indisch schiereiland; wonderlijk genoeg hebben andere rassen in hetzelfde geografische gebied hiervan weinig last. De diagnose wordt gesteld met jejunoscopie en met biopsie. Terugkeer naar Nederland doet de ziekte meestal spontaan

genezen, al of niet in combinatie met een tetracycline-kuur van drie weken.

## Genetisch

Hier is uiteraard een scala ziektebeelden naar voren te brengen. Ik wil slechts de aandacht op één beeld vestigen, waarmee u toch niet al te zelden kan worden geconfronteerd:

*Lactase-deficiëntie* bestaat bij vrijwel alle Chinezen en het merendeel van de Afrikanen. Deze deficiëntie ontwikkelt zich na de zuigelingenleeftijd. De aandoening komt meestal iatrogeen tot uiting, doordat voor bijvoorbeeld een ulcus pepticum een melk/papdieet wordt voorgeschreven, dat bij een aantal van hen tot hevige diarree aanleiding geeft.

Uiteraard zijn er talrijke andere tropische ziekten die met tractus digestivus-pathologie gepaard gaan. De hier gegeven korte schets geeft echter een beeld van de meest voorkomende oorzaken, waarmee men tijdens het spreekuur kan worden geconfronteerd.

## Stroomdiagram diarree

*Figuur 2* toont een stroomdiagram voor diarree, waarvan ik weliswaar in de praktijk

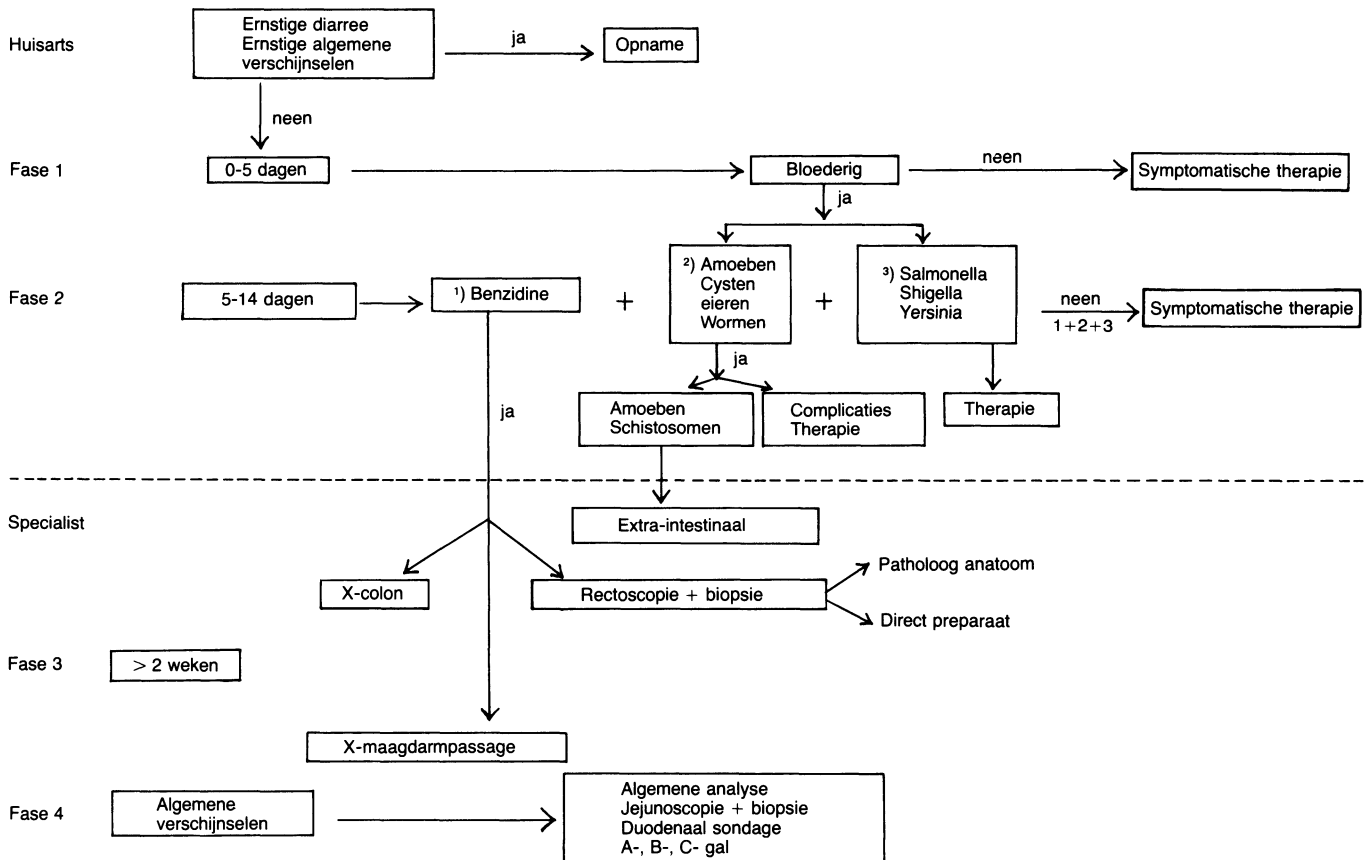
regelmatig afwijk, daar elk schema per definitie te star is. Het geeft echter toch wel ongeveer aan hoe ik mij gedraag, wanneer een patiënt uit de tropen zich bij mij presenteert met diarree.

Ten eerste vraag ik mij af of er sprake is van ernstige diarree of diarree met ernstige algemene verschijnselen, zoals dehydratie met mogelijke elektrolytenverschuivingen, cardiovasculaire collaps, mogelijk acute buik, mogelijk sepsis, obstructie-ileus, ernstige andere aandoeningen zoals diabetes mellitus, ernstig bloedverlies. Indien mijn antwoord op deze vragen ja luidt, dan neem ik een dergelijke patiënt op en komt er een procedure op gang, waarop ik nu niet nader wil ingaan.

Indien het antwoord negatief luidt, dan deel ik de diarree vervolgens grofweg in naar tijdsduur. Indien er bij diarree, die korter dan vijf dagen bestaat, geen bloedbijmenging is, dan volsta ik voorlopig met symptomatische therapie zoals Imodium-capsules of Reasec-tabletten met een aangepast dieet, zoals bij reizigersdiarree.

Wanneer er sprake is van bloederige diarree, dan ga ik, ongeacht de tijdsduur van de diarree, direct over naar fase 2. Ik laat de ontlasting kweken op Salmonella, Shigella en Yersinia, een warme po onderzoeken op amoeben en op cysten, eieren en wormen.

*Figuur 2.* Stroomdiagram voor een patiënt uit de tropen met diarree.



Zijn de kweekproeven op Salmonella, Shigella en Yersinia positief, dan volgt therapie, die meestal alleen symptomatisch zal zijn en slechts bij uitzondering uit antibiotica bestaat.

Is het parasitologisch onderzoek positief, dan volgt causale therapie, die ik op twee uitzonderingen na aan de huisarts toebedeel. Uiteraard dient dan nog wel te worden onderzocht of er geen complicaties aanwezig zijn. Bij een vondst van bijvoorbeeld ankylostoma duodenale dient te worden nagegaan of er geen ijzergebrecanemie aanwezig is. Een vondst van amoeben of schistosomen in de ontlasting dient steeds te leiden tot een specialistische verwijzing voor evaluatie van mogelijke extraintestinale lokalities van deze parasieten. Ook de behandeling zal dan over het algemeen door de specialist geschieden.

Het is hier de plaats erop te wijzen, dat het parasitologisch faecesonderzoek lang geen gemakkelijk onderzoek is. Vele laboratoria worden te zelden hiermee geconfronteerd om ervaring op te doen. Indien men dan ook om een bijkomend argument, zoals eosinofilie, aanleiding heeft aan een parasitair lijden te denken, dan moet men zich niet laten afschrikken door een negatieve uitslag van het ontlastingsonderzoek en zal men zo nodig de patiënt naar een gespecialiseerd centrum zoals het Tropen Instituut te Amsterdam of het Havenziekenhuis in Rotterdam dienen te verwijzen.

Fase 2 gaat eveneens in indien de diarree langer dan vijf dagen bestaat. De ontlasting wordt op occult bloed, parasieten en bacteriën onderzocht. Indien dit onderzoek geen resultaat heeft, wordt wederom voorlopig volstaan met symptomatische therapie. Is echter de benzidine-reactie van de ontlasting positief, dan schuift het onderzoek op naar fase 3, welke echter direct ingaat, wanneer de diarree langer dan twee weken be-

staat. Uitgebreide röntgenologie van de tractus digestivus is dan mijns inziens vereist, benevens rectoscopie met biopsieën, zowel van de dikke als van de dunne darm. Uiteraard dient ook het reeds eerder geschetste onderzoek te worden gedaan. Hierbij zij opgemerkt dat wij zowel de rectumbiopsies, alsook de jejunumbiopsies, niet alleen naar de patholoog-anatoom ter beoordeling sturen, maar hiervan steeds een direct preparaat in fysiologisch zoutmaken, dat met name de schistosomen, amoeben en lamblias veel fraaier toont dan het pathologisch-anatomisch preparaat. Tevens kunnen in dergelijke preparaten levende en dode eieren van de schistosomen goed worden onderscheiden.

Als alle onderzoeken niet tot een diagnose hebben geleid, hangt het van de ernst van de symptomen af en van de bijkomende verschijnselen, zoals vermagering, steatorrhea enzovoort hoe verdere analyse zal plaatsvinden. In aanmerking komen bijvoorbeeld een algemene analyse, jejunoscopie met biopsie voor de diagnostisering van tropische spruw en duodenaal sondage, waarbij indien nodig A-, B-, C-gal wordt verzameld ter opsporing van lambliasis of strongyloidiasis.

Mocht u of het specialistenniveau, naar wie u uw patiënt hebt verwezen, er diagnostisch niet uitkomen of met de therapie van eerste keuze geen succes hebben, dan valt verwijzing naar een centrum voor tropenziekten te overwegen.

Op uw spreekuur wordt u echter niet alleen geconfronteerd met patiënten met een importziekte. U zult toenemend geraadpleegd worden door mensen die als toerist of voor zaken de tropen gaan bezoeken en bij u om advies komen hoe zij gezond kunnen blijven in de tropen en met name hoe zij gevrijwaard kunnen blijven van infectieziekten. De door u te geven adviezen volgen als het ware vanzelf uit *figuur 1*.

Voorop staat de persoonlijke hygiëne: het wassen van handen na toiletbezoek en voor de maaltijden; het afschermen van het voedsel van vliegen door gebruik te maken van ijskasten of met horren afgeschermd kasten; het nimmer eten van rauw voedsel; het goed koken en doorbakken van alle voedsel, in het bijzonder vlees; water slechts drinken wanneer het gekookt is; nooit ijs eten; het zich niet begeven in besmet water (schistosomen) en niet op blote voeten buitenshuis lopen (ankylostoma).

Tevens dient men zich adequaat te laten vaccineren. Aan te raden, in een aantal gevallen zelfs verplicht, zijn cholera- en typhus-vaccinatie; uiteraard ook voor een aantal gebieden pokken en gele koorts. Tevens dient goed malariaprofylaxe te worden gevolgd.

De meeste van deze adviezen worden weergegeven in de uitgave van het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, genaamd „Vakantie en Hygiëne, wenken voor reizigers en toeristen“. Dit werkje kunt u op aanvraag verkrijgen in de Dr. Reyerstraat 12 te Leidschendam. Voor mensen, die langer in de tropen verblijven en uitgebreidere informatie willen hebben, kan ik aanraden, „Hoe blijf ik gezond in de tropen“ van J. D. Vervoorn, uitgegeven door de afdeling tropische hygiëne van het Koninklijk Instituut voor de Tropen te Amsterdam. Een ander uitgebreid, zeer overzichtelijk, boekwerkje is „Personal Health in warm climates“, uitgegeven door Ross Institute of Tropical Hygiene, London School of Hygiene and Tropical Medicine, London W.C.1. Als naslagwerk voor uzelf kan ik van harte aanbevelen „Clinical tropical diseases“ van Adams and Maegraith, uitgegeven door Blackwell Scientific Publications, Oxford en „Importziekten“ van P. G. Janssens en P. J. Zuidema, uitgegeven door Stafleu, Leiden.